

2022-2021

السيد ولي الأمر/الوصي،

يقدم قطاع صحة كريتير بورتلاند Greater Portland Health، بالشراكة مع مدارس بورتلاند و ويستبروك العامة، رعاية الأسنان في مدارس بورتلاند العامة ومدرسة ويستبروك الثانوية.

يرجى إكمال وتوقيع استمارة تسجيل طب الأسنان المرفقة والتفويض بالإفصاح عن المعلومات للسماح لطفلك بالوصول إلى خدمات طب الأسنان في مدرسته.
يرجى ملاحظة: مطلوب توقيعين؛ يرجى التوقيع على كل من استمارة التسجيل واستمارة التفويض.

سيتم تقديم مطالبات التأمين للخدمات المقدمة حسب الاقتضاء. إذا لم يكن لدى المريض تأمين، فإن Greater Portland Health تقدم مقياس رسوم متدرج.

الخدمات المقدمة

يتم توفير تنظيف الأسنان والفلورايد ومانعات التسرب من قبل أخصائيي صحة الأسنان في جميع مدارس بورتلاند أو في عيادة تالبوت (ريفرتون) أو عيادة ثانوية بورتلاند ومدرسة ويستبروك الثانوية.

العلاج

يتم توفير علاج المتابعة من قبل طبيب أسنان برنامج صحة الفم للأطفال أو طلاب طب الأسنان التابعين لجامعة نيو إنجلاند في العيادة الموجودة في مدرسة ثانوية بورتلاند. قد يشمل العلاج، على سبيل المثال لا الحصر، فحص الأسنان والأشعة السينية التشخيصية والفلورايد، والحشوات، والتيجان، والقلع.

ستجد في هذه المغلف:

- استمارة تسجيل طب الأسنان - يرجى ملء وتوقيع الاستمارة وإعادتها إلى ممرضة المدرسة. يرجى استكمال المعلومات حتى إذا كان طفلك قد تم تسجيله العام الماضي حيث إن المعلومات المحدثة مطلوبة.
- التفويض بالإفصاح عن المعلومات - رجاء وقع ثم أعدها.
- إشعار الخصوصية الخاص بقطاع صحة كريتير بورتلاند - في ظهر هذه الرسالة - تحتفظ به.

الأسئلة الشائعة

هل هناك تكلفة لخدمات طب الأسنان؟ نعم، إذا كان طفلك لديه تأمين أسنان، بما في ذلك MaineCare، فسيتم دفع التأمين. بالنسبة للأطفال الذين ليس لديهم تأمين على الأسنان، هناك مقياس رسوم متدرج. يتوفر المستشارون الماليون لمساعدتك في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التأمين، وإذا لم يكن الأمر كذلك، لمراجعة خيارات الدفع وتكلفة الخدمات.

هل هذا برنامج مدرسي؟ لا، يعمل البرنامج في المدارس، ولكن يديره قطاع صحة كريتير بورتلاند. يمكن للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و21 عامًا التسجيل في البرنامج.

هل يجب أن أسجل طفلي إذا كان هو أو هي بالفعل مريضاً مسجلاً مسبقاً لدى قطاع صحة كريتير بورتلاند؟ نعم، يمنحنا نموذج التسجيل الإذن برؤية طفلك دون حضور أحد الوالدين.

ماذا أفعل ان كان طفلي يزور العيادة مسبقاً؟ يرجى استكمال النماذج المرفقة لتحديث السجل الطبي ومراجعة سياسة الخصوصية والتوقيع على الإذن بالإفصاح عن المعلومات.

يرجى الاتصال على 207-874-2141، ثم الخيار 7 لتحديد موعد أو الاتصال بكاثي مارتن، مديرة برنامج طب الأسنان في كريتير بورتلاند على

8401 x 2141 - 874 (207) أو kmartin@gicturesportlandhealth.org للمزيد من المعلومات.

دائرة صحة كريتير بورتلاند هي مركز صحي مؤهل فيدرالياً ومهمته توفير رعاية صحية عالية الجودة تركز على المريض ويمكن الوصول إليها وبأسعار معقولة وبشكل يراعي ثقافة المريض. لمزيد من المعلومات حول Greater Portland Health، يرجى الاتصال 207) 874-2141 (أو زيارة موقعنا على الإنترنت:

<http://www.graduateportlandhealth.org>

التسجيل في المركز الصحي المدرسي لقطاع صحة كريتر بورتلاند

استمارة التفويض لاستخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها

من خلال التوقيع أدناه، فإنني أقر وأوافق على ما يلي، فيما يتعلق بتسجيل طفلي في المركز الصحي التابع لمدرسة بورتلاند الصحية الكبرى (مركز الصحة المدرسية في كريتر بورتلاند GPH) والكشف عن السجل الصحي لطفلي والمعلومات ذات الصلة:

- لقد تأقبت وقرأت إشعار ممارسات المعلومات الصحية في مركز الصحة المدرسية في GPH التي تقدم المشورة فيما يتعلق بالاستخدامات والإفصاحات التي قد يتم إجراؤها للمعلومات الصحية في السجل الصحي لطفلي، وفقاً لمعايير السرية والخصوصية HIPAA.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH للوصول إلى السجل الصحي المدرسي لطفلي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، السجلات المادية والسلوكية والاستشارية إن وجدت، وأي معلومات ذات صلة، لأغراض متعلقة بالعلاج أو كما يقتضي القانون أو يسمح به على النحو الذي يحدده مركز GPH الصحي.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بتزويد المدرسة (بما في ذلك الممرضة والأخصائيين الاجتماعيين) بمعلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة والمناسبة للأغراض المتعلقة بالعلاج أو وفقاً لما يقتضيه القانون أو يسمح به وفقاً لما يحدده قطاع كريتر بورتلاند الصحي GPH
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH بمشاركة المعلومات في سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH (بما في ذلك سجلات الصحة المدرسية إذا كانت مدرجة في سجل مركز الصحة المدرسية في GPH) مع الأطباء المعالجين الآخرين ومقدمي الخدمات بما في ذلك مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لتسهيل تقديم الرعاية الصحية لطفلي.
- أفوض مقدم الرعاية الأولية وطبيب الأسنان وأخصائيي الصحة العقلية لطفلي ("مزودي الرعاية الصحية من طرف ثالث") لتقديم المعلومات والسجلات الصحية إلى مركز الصحة المدرسية في GPH لتسهيل تقديم الرعاية الصحية من قبل مركز الصحة المدرسية التابع لـ GPH لطفلي. أفهم أنه قد يطلب مني موفرو الطرف الثالث إجراء تفويض منفصل للسماح بالكشف عن السجلات المتعلقة بالمعالجة من قبل موفري الطرف الثالث.
- أفوض مركز الصحة المدرسية في GPH لإصدار معلومات من سجلات مركز الصحة المدرسية في GPH حسب الضرورة لشركات التأمين على الفواتير أو غيرهم من الجهات الدافعة.
- أفهم وأوافق على ما يلي: (1) هذا التفويض صالح لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع ما لم يتم توفير مدة أقصر هنا؛ و (2) يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار كتابي بسحب التفويض، باستثناء الحد الذي اعتمد فيه مركز الصحة المدرسية في GPH على الموافقة الأصلية.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بحروف كبيرة: _____ صلة القرابة: _____

اسم الطفل _____ تاريخ الميلاد ____/____/____ الجنس ____ / ____ / ____
(كما هو الحال في بطاقة MaineCare، إن وجدت)

العنوان _____ الرمز البريدي _____

هاتف (هواتف) الوالدين أثناء النهار _____ رسالة / نص مكتوب موافق نعم / لا _____ رقم الهاتف الخليوي للطالب (للتذكير) _____ رسالة / نص مكتوب موافق نعم / لا _____

بريد الإلكتروني _____ اسم المدرسة _____ المعلم/الصف _____

<p>رقم معرف MaineCare (ينتهي بـ A) _____</p> <p>التأمين الخاص بالأسنان: اسم الشركة _____ معرف السياسة # _____</p> <p>رقم المجموعة # _____ عنوان المطالبة _____</p> <p>اسم صاحب الوثيقة _____ تاريخ ميلاد صاحب الوثيقة _____</p>	<p>اسم الضامن (المسؤول عن الفواتير): _____ تاريخ الميلاد: _____</p>
	<p>ليس هناك تأمين _____</p>
	<p>(من فضلك ضع √)</p>
	<p>اسم الضامن (المسؤول عن الفواتير): _____ تاريخ الميلاد: _____</p>

هل كان طفلك يعاني من الأمراض التالية؟ يُرجى التحقق من كل ما ينطبق.

الرعاية النفسية _____	أمراض القلب _____	السرطان/الأورام _____	ADD/ADHD* _____
العدوى المنقولة جنسياً _____	التهاب الكبد _____	الشلل الدماغي _____	الإيدز / فيروس نقص المناعة البشرية _____
مشاكل النطق/السمع _____	التهرب (القوباء) _____	الشفة المشقوقة/الحلق _____	الربو _____
مشاكل المعدة/الجهاز الهضمي _____	ارتفاع ضغط الدم _____	أمراض القلب الخلقية _____	التوحد/متلازمة أسبرجر _____
السل _____	اضطراب الكلى _____	نوع السكري _____	العيوب الخلقية _____
أخرى _____	اضطرابات الكبد _____	الصرع/النوبات _____	اضطراب الدم _____

*اضطراب نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟ وضع من فضلك _____

ضع قائمة بأي أدوية يتناولها طفلك _____

هل يعاني طفلك من آلام الأسنان؟ نعم لا هل زار طفلك طبيب أسنان في العام الماضي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فإين؟ _____

اللغة المستخدمة في المنزل _____

سلالة الطفل: _____ أسود، أفريقي، أمريكي من أصل أفريقي _____ من سكان جزر المحيط الهادئ الآخر _____ آسيا _____

عرق الطفل: _____ من أصل إسباني/لاتيني _____ من أصل إسباني/لاتيني _____ سكان هاواي الأصليين _____ سكان هاواي الأصليين _____ متعدد الأعراق _____

إجمالي عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في نفس المسكن: _____ إجمالي الدخل السنوي للأسرة: _____

اسم رب الأسرة: _____ صلة القرابة بالطالب: _____

الموافقة على استخدام برنامج صحة الفم للأطفال التابع لصحة كريتير بورتلاند والتفويض بالإفصاح عن المعلومات

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأنتي أقر وأفهم ما يلي:

- لقد تقيمت وقرأت برنامج طب الأسنان المدرسي الخاص كريتير بورتلاند ("GPH") والرسالة إلى أولياء الأمور والأسئلة الشائعة، والتي تشرح ما هو برنامج طب الأسنان في المدرسة GPH وما هي الخدمات والفوائد التي قد يقدمها لطفلي.
- يعد برنامج طب الأسنان المدرسي التابع لـ GPH كياناً منفصلاً عن المدرسة وعن مكتب ممرضة المدرسة. برنامج طب الأسنان المدرسي GPH يقدم تقييمات للأسنان ومجموعة من علاجات العناية بصحة الفم في موقع مدرسي من خلال التعاون في الاتصالات مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين قد يشاركون أيضاً في رعاية طفلي.
- هذه الموافقة صالحة للمدة الزمنية التي يتم فيها تسجيل الطالب في نظام مدرسة بورتلاند أو حتى ينتقل إلى مدرسة أخرى (أي من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية). عندما ينتقل طالب من المدرسة المتوسطة إلى المدرسة الثانوية، يجب أن أقوم بإعادة تسجيلهم في برنامج طب الأسنان المدرسي إذا كنت أرغب في استمرارهم في تلقي الخدمات من خلال برنامج طب الأسنان المدرسي التابع لـ GPH.
- أنا مطالب بمراجعة وتوقيع نموذج تفويض لاستخدام والكشف عن معلومات الرعاية الصحية فيما يتعلق بتسجيل طفلي في برنامج طب الأسنان القائم على المدرسة في GPH.

لقد قرأت هذا النموذج بالكامل وأوافق على تسجيل طفلي في برنامج طب الأسنان المدرسي في GPH في هذا الوقت.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

الاسم بحروف كبيرة: _____ تاريخ الميلاد ____ - ____ - ____ القرابة من الطالب _____